

**Przesiewowe badanie obecności objawów traumatycznych u dzieci i nastolatków (CATS) -
Raport opiekuna (dzieci w wieku 3-6 lat)**

Imię i Nazwisko dziecka _____ Imię i Nazwisko opiekuna _____
 _____ Data _____

Stresujące lub przerażające wydarzenia przytrafiają się wielu dzieciom. Poniżej znajduje się lista stresujących i przerażających wydarzeń, które czasami się przytrafiają. **Zaznacz TAK, jeśli wedle twojej wiedzy przytrafiło się to dziecku. Oznacz NIE, jeśli to się nie przytrafiło dziecku.**

1. Poważna klęska żywiołowa, taka jak powódź, tornado, huragan, trzęsienie ziemi lub pożar.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
2. Poważny wypadek lub uraz, takie jak wypadek samochodowy/rowerowy, ugryzienie przez psa lub uraz sportowy.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
3. Groźenie, uderzenie lub poważne zranienie do którego doszło w kręgu rodzinnym.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4. Groźenie, uderzenie lub poważne zranienie do którego doszło w szkole lub społeczności lokalnej.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5. Dziecko zostało zaatakowane, pchnięte nożem lub postrzelone lub obrabowane pod groźbą użycia broni.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6. Dziecko widziało, jak grożono członkowi jego rodziny, uderzono go lub bardzo go znieważono.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
7. Dziecko widziało, jak grożono, uderzono lub poważnie znieważono kogoś w szkole lub w społeczności lokalnej.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
8. Ktoś dopuścił się aktów seksualnych przeciwko dziecku lub zmusił je do takich aktów, gdy dziecko nie potrafiło odmówić lub było zmuszane do tego albo znajdowało się pod presją.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
9. W Internecie lub mediach społecznościowych ktoś prosi lub wymaga od dziecka jakiegokolwiek aktywności seksualnej np: robienia i wysyłania intymnych zdjęć.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
10. Ktoś znęca się nad dzieckiem osobiście, mówiąc bardzo przykre rzeczy, które je przerażają.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
11. Ktoś znęca się nad dzieckiem online w sieci, mówiąc bardzo przykre rzeczy, które je przerażają.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
12. Bliska dziecku osoba umiera w sposób nagły lub w związku z przemocą.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
13. Stresująca lub przerażająca procedura medyczna.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
14. Przebywanie w obrębie działań wojennych.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
15. Czy dziecko doświadczyło innych stresujących lub przerażających wydarzeń?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Opisz _____

Odwróć stronę i odpowiedz na kolejne pytania dotyczące wszystkich przerażających lub stresujących wydarzeń, które przytrafiły się dziecku.

Zaznacz 0, 1, 2 lub 3, co oznacza, jak często następujące rzeczy przeszkadzały dziecku w ciągu ostatnich dwóch tygodni:

0 Nigdy / 1 Raz na jakiś czas / 2 Przez połowę czasu / 3 Prawie zawsze

1. Przykre myśli lub obrazy o stresującym wydarzeniu lub odtwarzanie stresującego wydarzenia w zabawie.	0	1	2	3
2. Złe sny związane ze stresującym wydarzeniem.	0	1	2	3
3. Zachowywanie się, zabawa lub poczucie, jakby stresujące wydarzenie miało miejsce w tym momencie.	0	1	2	3
4. Silne uczucie zdenerwowania i zaniepokojenia, gdy przypomina się dziecku o stresującym wydarzeniu.	0	1	2	3
5. Silna reakcja fizyczna (pocenie się, szybkie bicie serca), gdy przypomina się dziecku o stresującym wydarzeniu.	0	1	2	3
6. Staranie się by nie pamiętać, nie mówić ani nie odczuwać emocji związanych ze stresującym wydarzeniem.	0	1	2	3
7. Unikanie działań, osób, miejsc lub rzeczy, które przypominają o stresującym wydarzeniu.	0	1	2	3
8. Wzrost negatywnych stanów emocjonalnych (strach, złość, poczucie winy, wstyd, zagubienie).	0	1	2	3
9. Utrata zainteresowania zajęciami, które dziecko lubiło przed stresującym wydarzeniem. W szczególności dziecko nie bawi się tak często jak wcześniej.	0	1	2	3
10. Objawy wycofania społecznego.	0	1	2	3
11. Mniejsze okazywanie pozytywnych uczuć (bycie szczęśliwym, okazywanie miłości).	0	1	2	3
12. Drażliwość lub wybuchy gniewu bez uzasadnienia skierowane przeciwko innym ludziom lub rzeczom.	0	1	2	3
13. Nadmierna czujność lub bycie w pogotowiu.	0	1	2	3
14. Nerwowe lub płochliwe zachowanie.	0	1	2	3
15. Problemy ze skupieniem.	0	1	2	3
16. Problemy z zasypianiem lub snem.	0	1	2	3

CATS 3- 6 lat Ocena <11	CATS 3- 6 lat Ocena 12-15	CATS 3- 6 lat Ocena 15+
Norma. Wynik na poziomie prawidłowym.	Umiarkowany stres związany z traumą.	Prawdopodobnie zespół stresu pourazowego.

Zaznacz „TAK” lub „NIE”, jeśli problemy, które zaznaczyłeś, kolidują z:

Dogadywaniem się z innymi	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Relacjami rodzinnymi	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Hobby/zabawą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ogólnym uczuciem szczęścia	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Szkołą/pracą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		